



Notificación de intención de apelación de una determinación adversa de Administración de Utilización (UM) – Etapa 2

Nombre del proveedor de atención médica

Fecha

Nombre del paciente

Domicilio

Domicilio

Domicilio

Empresa aseguradora:		
ID de la aseguradora:	Número de reclamo	Historia clínica:
FECHA DE:		
Servicio/Admisión:	Alta médica:	
<i>Consentimiento y autorización:</i>	Determinación de UM:	
Notificación de intención de apelación en etapa 1:	Decisión de la etapa 1:	

Estimado _____ :

Su empresa aseguradora ha determinado que los servicios de atención médica que usted ha recibido no son médicamente necesarios. No estuvimos de acuerdo con la determinación de dicha empresa y por ello interpusimos un recurso de apelación en etapa 1. Apelamos en su nombre basándonos en el *consentimiento firmado para representarlo en apelaciones de determinaciones de administración de utilización y la autorización para divulgar su historia clínica en dichas apelaciones y en el arbitraje de demandas (consentimiento y autorización)* que usted nos entregó. Ahora la empresa aseguradora ha emitido una determinación sobre la apelación en etapa 1. Aún no estamos de acuerdo con la determinación tomada por la empresa aseguradora y tenemos la intención de interponer otro recurso de apelación. **ÉSTA ES UNA NOTIFICACIÓN DE INTENCIÓN DE INTERPONER UN RECURSO DE APELACIÓN EN ETAPA 2.**

Existen 3 etapas en el proceso de apelación. En la etapa 1, un proveedor de atención médica revisó nuevamente su caso. El proveedor de atención médica no es el mismo que en un principio se negó a prestarle sus servicios. En la etapa 2, un grupo de expertos de la empresa aseguradora revisará su caso, donde participará al menos un proveedor de atención médica que presta servicios para su condición.

Si aún no estamos de acuerdo con la determinación tomada por la empresa aseguradora después de finalizada la etapa 2 del proceso de apelación, podemos interponer un recurso de apelación ante el Programa Independiente de Apelaciones de Atención Médica (IHCAP) del Departamento de Banca y Seguros de New Jersey. El IHCAP ha celebrado un contrato con Organizaciones Independientes de Revisión de Utilización (IURO). Su *consentimiento y autorización* nos permite solicitar la revisión de una IURO y compartir su información médica personal con los empleados del Departamento de Banca y Seguros de New Jersey, la IURO y los proveedores de atención médica de la IURO según sea necesario para que su apelación sea procesada y revisada. No obstante, su información se tratará en forma confidencial en todos los casos.

Usted puede revocar o cancelar su *consentimiento y autorización* en cualquier momento completando el reverso de la copia del *consentimiento y autorización* que le entregamos para sus registros. O bien, puede escribir

su propia nota exponiendo simplemente que revoca su *consentimiento y autorización anterior* (incluya la fecha en que firmó el *consentimiento y autorización*). En ambos casos, envíe toda notificación de revocación a la empresa aseguradora citada anteriormente. Asimismo, agradeceremos recibir una copia de la revocación. Aunque usted no revoque su *consentimiento y autorización*, éste vencerá dos años después de la fecha de firma.

Si tiene dudas con respecto a este asunto, puede comunicarse con nosotros al:

[Standard sign-off language]